

APPENDICITE
ET
FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Février 1919

PAR

Marcel DUPLAY

Né à Nice, le 4 février 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		CARRIEU, professeur,		
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

APPENDICITE
ET
FIÈVRE TYPHOÏDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 14

APPENDICITE
ET
FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Février 1919

PAR

Marcel DUPLAY

Né à Nice, le 4 février 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		CARRIEU, professeur,		
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANÉ
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESSUR.
IZARD.	SECRETAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. FEDENAT (O *).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN (*).
Anatomie pathologique.....	MASSAHUAT (*).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et éutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * * *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * * *, a. l. (c. d.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Stomatologie.....	BESSON. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISRONNE.
GAUSSEL (* * *).	J. DELMAS (* * *).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse

MM. RAUZIER, professeur, président.	MM. RICHE, agrégé.
CARRIEU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle s'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de piété filiale
et de reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

M. DUPLAY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

M. DUPLAY.

AVANT-PROPOS

A l'heure où nous allons accomplir l'acte ultime qui couronnera nos études médicales, — la soutenance de notre thèse. — nous songeons avec douleur aux vides que la mort a créés, durant plus de quatre années, dans les rangs de nos Maîtres et de nos camarades. C'est avec émotion que nous saluons leur mémoire, nous inclinant très bas, nous qu'un sort favorable a protégé. C'est vers ces martyrs héroïques qu'est allée notre pensée, en retrouvant notre Faculté avec ses aspects familiers ; c'est vers eux encore qu'elle ira quand nous la quitterons. Nous nous en éloignerons, joyeux sans doute du succès remporté, mais non sans un certain regret mélancolique, revivant comme en un songe les heures passées auprès de nos Maîtres. A tous, nous nous permettons de témoigner ici un sentiment de reconnaissance respectueuse, à nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille, à ceux de la Faculté de Montpellier, comme à ceux des hôpitaux de Nice.

M. le professeur Rauzier voudra bien accepter particulièrement l'assurance de notre gratitude pour nous avoir autorisé à puiser dans son service hospitalier les bases de ce modeste travail et pour avoir bien voulu nous faire l'honneur de présider notre jury.

APPENDICITE

ET

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Depuis nombre d'années déjà, certains auteurs ont attiré l'attention sur l'existence de manifestations appendiculaires au cours de la fièvre typhoïde. Ces manifestations peuvent revêtir des aspects très variables et se produire à des moments divers de l'évolution de la maladie. C'est ainsi que l'on peut observer toutes les formes d'appendicite, depuis la simple colique bénigne et passagère jusqu'aux grands accidents de péritonite ou de perforation ; et, ces manifestations appendiculaires, on peut les voir se produire soit tout à fait au début de la maladie, soit au cours de celle-ci, soit à son déclin ou même pendant la convalescence.

M. le professeur Rauzier a bien voulu nous confier une intéressante observation recueillie dans son service.

C'est à propos d'elle que nous voudrions passer en revue les principaux problèmes que soulèvent les cas cliniques de ce genre, fort embarrassants souvent pour le médecin, non seulement par leur diagnostic, mais encore et surtout par les décisions qu'il convient de prendre vis-à-vis d'eux.

L'existence de l'appendicite au cours de la dothiéntérie a été signalée tout d'abord, en 1811, par Malespine, qui publia deux observations dans lesquelles des lésions appendiculaires graves avaient été trouvées au cours d'autopsies de typhiques. Dans les années suivantes, quelques autres observations parurent. En même temps, d'autres auteurs tels que Leudet trouvaient des lésions appendiculaires au cours d'autres maladies infectieuses.

Plus tard, Morin, Murchison, Gouronnet publièrent aussi des observations, et Hutinel, en 1883, faisait, dans sa thèse d'agrégation, une excellente étude de la question. Nous passons un peu rapidement sur cette étude historique que d'autres ont faite avant nous et que l'on trouvera très complète dans l'excellente thèse de Bayet (Paris, 1901). Depuis, quelques autres thèses ont paru : celle de François (Paris, 1904), Hocquette (Lille, 1906), etc. Citons aussi un remarquable rapport de Tuffier au Congrès de chirurgie de Paris, en 1904.

Malgré ces nombreux travaux, la question n'est pas complètement élucidée et le diagnostic reste trop souvent méconnu. Parfois, quand les phénomènes appendiculaires surviennent au début de la fièvre typhoïde, ils masquent complètement la symptomatologie de celle-ci dont le diagnostic est alors plein de difficultés ; parfois, ces phénomènes éclatent au cours d'une dothiéntérie confirmée, et dans ce cas ils ne sont pas toujours rapportés à leur véritable cause ; enfin, ils peuvent survenir au cours de la convalescence, et l'on croit alors souvent

à un retour offensif de la maladie sans se rendre un compte exact de ce qui se passe. Et que de fois des accidents péritonéaux graves, des perforations intestinales sont attribués à la fièvre typhoïde alors qu'ils sont dus à une appendicite méconnue.

Outre les intéressantes discussions de diagnostic auxquelles prête cette question, elle soulève aussi quelques problèmes de pathogénie : les rapports réciproques de la fièvre typhoïde et de l'appendicite sont difficiles à préciser. Enfin, les indications thérapeutiques ne s'imposent pas toujours à l'esprit : la nécessité d'une intervention, ses risques, ses avantages et ses inconvénients, autant de points d'interrogation auxquels la réponse n'est point aisée à fournir. Nous envisagerons successivement chacun de ces points particuliers. Mais nous préférons conduire cette discussion à la lumière des faits cliniques, et pour cela nous rapporterons tout d'abord l'observation inédite qui sert de base à ce travail. Nous la ferons suivre de quelques observations prises dans la littérature et choisies de façon à mettre en évidence les points les plus intéressants de la discussion que nous nous proposons de faire.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

(Recueillie par Mlle le docteur Giraud. Service de M. le professeur Rauzier.)

C.... Jules, dix-sept ans, jardinier-fleuriste, entre, le 15 janvier 1915, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, lit n° 33. Il n'est malade que depuis le 12 janvier, mais déjà dans les jours qui ont précédé, il éprouvait du malaise : lassitude profonde, tristesse sans cause, anorexie absolue. Il n'avait cependant pas cessé son travail. Le 13 janvier, brusquement, dans l'après-midi, alors qu'il vaquait à ses occupations, il a ressenti une douleur atroce du côté droit du ventre, douleur telle qu'il n'a pu, d'un long moment, faire un seul mouvement, et qu'il a eu une peine infinie à regagner son domicile. A peine arrivé chez lui, il a été pris de vomissements, et depuis n'a pas cessé de vomir. D'abord alimentaires, les vomissements n'ont pas tardé à devenir verdâtres ; ils s'accompagnent de nausées douloureuses. L'appétit est nul. La douleur a persisté violente, avec

des crises paroxystiques durant lesquelles le malade pousse des cris ; elle se généralise à tout le ventre, mais prédomine du côté droit, et n'a été calmée jusqu'ici par rien. Depuis que le malade souffre, il a présenté une constipation absolue. Mais dans la journée du 15 janvier il a eu un peu de diarrhée : quatre selles dans les vingt-quatre heures.

Il toussé un peu, ne crache guère, n'a ni point de côté, ni dyspnée, ni palpitations. Il urine normalement, n'a pas d'albumine dans ses urines.

Au point de vue nerveux, il est agité mais ne délire pas. Il a souffert de la tête au début, n'en souffre pas maintenant, mais ne peut pas dormir ; les courts sommeils qu'il fait sont peuplés de cauchemars.

La température atteint 40°1 le soir de l'entrée du malade à l'hôpital. Elle n'avait pas été prise avant.

C. est un garçon d'aspect robuste qui n'a jamais été malade et dont les antécédents héréditaires sont bons. Sa figure est pâle, ses traits tirés expriment la souffrance, ses lèvres sont sèches, un peu tremblotantes. La parole est brève, hachée ; il n'y a pas de délire, mais la lucidité du malade n'est pas parfaite.

La langue est grise, rouge à la pointe et sur les bords, un peu sèche. Pas de muguet. Rien à la gorge. L'abdomen est un peu ballonné et tendu et on perçoit du côté droit une résistance très marquée au niveau du point de Mac-Burney où le palper provoque une douleur vive. On ne sent pas l'appendice, mais toute la région de l'abdomen sus-jacente est violemment contracturée. Pas de taches rosées sur l'abdomen. L'espace de Traube est normal. Le foie et la rate sont aussi normaux.

Il n'y a rien à l'auscultation des poumons ni du cœur, rien du côté du système nerveux.

Le diagnostic d'appendicite paraît s'imposer. Cependant, dès ce jour là, la possibilité de l'existence d'une dothiéntérie est admise : la diarrhée dont le malade se plaint n'entre pas dans le tableau de l'appendicite ; les prodromes qui ont été observés dans les jours qui ont précédé le début de la maladie sont plutôt en faveur d'une dothiéntérie ; la langue est celle de la fièvre typhoïde et l'aspect général du malade plaide aussi en faveur de ce diagnostic.

On prescrit des applications de glace sur l'abdomen, de la morphine et quatre bains de vingt minutes à 32 degrés.

Le lendemain, le malade ne se plaint plus du tout de son ventre. Les vomissements ont cessé, mais l'état nauséeux persiste encore ; la diarrhée continue aussi. La langue est toujours sèche avec quelques fuliginosités. L'abdomen, un peu ballonné, est souple, et il faut presser profondément au point de Mac Burney pour provoquer un peu de douleur. La température est à 39°6.

Le 17 janvier, même situation, la température est de 40°5, le cœur est un peu faible, il n'y a rien aux poumons, le ventre est toujours souple, on y voit deux ou trois taches rosées. Le malade est plus agité et par moments délire un peu. On note aussi quelques soubresauts tendineux.

La séro agglutination de Widal est positive à 1/40. Il s'agit donc bien d'une fièvre typhoïde. Les phénomènes du début et la légère douleur qui persiste au Mac Burney font penser à une appendicite associée, mais de ce côté il semble que rien d'inquiétant ne se passe.

Le 18 janvier, le malade qui a été très agité toute la nuit est en plein délire : il s'agit de façon désordonnée, profère des paroles sans suite et des cris aigus, ne paraît

pas comprendre quand on lui parle et ne répond rien. Il perd ses urines et ses matières. Les pupilles sont normales, il n'y a pas de Kernig, mais la raie de Trousseau est très nette. Les réflexes sont un peu vifs, mais la trépidation épileptoïde n'existe pas. Il n'y a pas de signe de Babinski.

Néanmoins, pour plus de sûreté, on fait une ponction lombaire, et l'analyse du liquide céphalo-rachidien a donné les résultats suivants (Mlle Giraud) :

Pas de réaction cytologique.

Quelques globules rouges provenant de la ponction.

Albumine : 0 gr. 30 par litre.

Chlorures (en NaCl) : 6 gr. 70 par litre.

Les urines ne contiennent toujours pas d'albumine.

La réaction légère constatée du côté des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien est de l'ordre de celles que l'on observe au cours des maladies infectieuses. Il n'y a donc pas lieu de modifier le diagnostic porté d'emblée.

19 janvier. — La ponction lombaire a bien calmé le délire. La température est à 39°1, le pouls à 100, l'état général paraît meilleur. Du côté de l'abdomen, on ne trouve rien de plus que la légère douleur déjà signalée au Mac-Burney. Il y a une dizaine de taches rosées.

22 janvier. — Température, 39°4. Pouls, 96. Etat général meilleur. Le malade se plaint beaucoup du ventre qui paraît légèrement tendu. La diarrhée existe toujours (quatre à six selles dans les vingt-quatre heures).

26 janvier. — Température, 40°4. Pouls, 120. Le malade a beaucoup souffert du ventre cette nuit. Il ne délire plus et paraît très abattu. Le ventre est un peu ballonné, mais il n'y a pas de résistance nette. La douleur au point de Mac-Burney est très faible. La vessie remonte presque

jusqu'à l'ombilic et un cathétérisme immédiat ramène plus d'un litre d'urine.

27 janvier. — Le malade ne souffre pas. Abdomen sonore et souple. Pas d'albumine. Rien aux poumons ni au cœur. Température, 38 degrés. Pouls, 104.

28 janvier. — Température, 39 degrés. Pouls, 100. Meilleur état. Le malade ne souffre ni ne délire plus. Le cœur est bon. La langue est sèche, l'abdomen souple.

2 février. — Même situation.

8 février. — Le malade paraît bien, il ne vomit pas, s'alimente bien, ne souffre pas. Sa température reste encore à 38 degrés, mais on trouve un petit abcès au niveau de la fesse gauche, que l'on incise immédiatement.

Le 10 février, puis le 15 février, on doit ouvrir deux autres abcès dans la même région. A la suite de la dernière incision, la température, qui était montée à 40 degrés, descend à 37 degrés. Le cœur est bon, le malade paraît en excellente voie.

16 février. — Dans l'après-midi, alors que la température du matin était de 37 degrés, le thermomètre monte à 40. Le malade s'agite et se plaint de vives douleurs abdominales. En même temps, il se met à vomir et rend des vomissements abondants et verdâtres. La diarrhée a cessé.

La langue est très sèche. L'abdomen est très ballonné, tendu, avec une résistance et une douleur plus vives au niveau de la fosse iliaque droite. Le facies devient tiré, grippé, le pouls devient petit. Le malade est soumis à l'examen de M. le professeur Forgue qui écarte toute idée d'intervention.

17 février. — Température, 37°1 le matin, 40°3 le soir.

Pouls, 120, petit. L'aspect du malade est très mauvais, les yeux s'excavent. Les vomissements porracés se reproduisent à chaque instant, toute alimentation est impossible, la constipation est absolue, il y a des douleurs de ventre atroces. Le ventre est extrêmement ballonné, uniformément tendu et si douloureux que le moindre contact fait crier le malade. Le cœur est mou.

Le diagnostic de péritonite par perforation s'impose, et la douleur et la résistance, nettement limitées au point de Mac-Burney au début des accidents actuels, montre que la perforation est très probablement appendiculaire. Toute intervention chirurgicale ayant été reconnue impossible par M. le professeur Forgue, on se borne à la médication usuelle : morphine, glace sur le ventre, huile camphrée, etc.

18 février. — Les vomissements verdâtres continuent. Le teint est plombé, le facies grippé, l'état général très mauvais. La température est à 38 degrés, le pouls à 140. Le cœur est extrêmement mou.

L'abdomen est toujours ballonné, tendu et excessivement douloureux,

Le malade est mort dans la soirée du même jour.

L'autopsie n'a pas été possible, la famille s'y étant opposée.

OBSERVATION II

(Bull. Practitioner Society, Med. Record, 1901.)

Il s'agit d'une femme mariée de vingt-deux ans, ayant fait, en août 1900, deux crises de douleurs abdominales de deux à trois jours de durée et à trois semaines d'intervalle l'une de l'autre. Le 24 novembre 1900, au soir, elle rentrait chez elle après une partie de foot-ball, à

New-Haven. Elle était très fatiguée et se sentait mal à l'aise ; pendant la nuit, elle ne reposa pas et se plaignit de douleurs généralisées dans le ventre.

Le lendemain matin, elle avait une température de $37^{\circ}8$. Le pouls était normal. Elle se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le soir, le pouls s'éleva à 98 et la température à $38^{\circ}6$. On trouva un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite et un léger empâtement sans défense musculaire. Le docteur Bull vit la malade en consultation ce jour-là.

26 novembre. — Le matin : pouls, 100 ; température, 38 degrés.

Le soir : pouls, 110 ; température, $39^{\circ}4$.

Les règles surviennent sans douleurs. La douleur dans la fosse iliaque droite persiste avec des maux de tête et des douleurs de reins. A l'aide d'un lavement, l'intestin fonctionne. Le toucher vaginal et rectal ne révèle rien. Pas de symptômes pulmonaires.

Le 27 novembre, on note de la défense musculaire du grand droit du côté droit et, dans la fosse iliaque droite, une zone d'empâtement sensible de l'étendue de 2 centimètres et demi.

La température est de $38^{\circ}3$, le pouls à 110. La malade a quelques nausées. On pose le diagnostic d'appendicite, basé sur la défense musculaire, la douleur localisée, l'empâtement douloureux, et la notion de deux crises antérieures de douleurs abdominales chez la malade. Cependant, quelques réserves restaient dans l'esprit au sujet d'une fièvre typhoïde.

Le docteur Bull pratiqua l'opération le 27 novembre, la température étant à $38^{\circ}4$ et le pouls à 120. Incision à droite de 9 centimètres sur une région empâtée et dure : pas de liquide dans le péritoine. A 4 centimètres au-

dessus de l'abouchement de l'iléon dans le cæcum, on trouve, sur le bord interne de la dernière portion de l'intestin, au niveau de l'insertion du mésentère, une tuméfaction produite par une masse indurée de la grosseur d'une noisette. On pense d'abord avoir affaire à l'appendice masqué par des adhérences ; mais on rencontre ce dernier plus bas. On en fait l'ablation et on enfouit le moignon. On ouvre alors le cæcum par son bord externe : on trouve la petite masse indurée signalée sous la séreuse de l'intestin. Sur la surface muqueuse existe une petite ulcération à bords tranchants taillés à l'emporte-pièce et à base jaune nécrotique. Suture de Lambert à la soie sur l'intestin et fermeture de l'incision abdominale, en partie, après bourrage de la partie inférieure de la plaie à la gaze.

Le résultat immédiat fut négatif, la température continua à s'élever, montant à 41°1, quatre jours après l'intervention.

Au neuvième jour de la maladie, le séro de Widal fut négatif. On assista ensuite à l'évolution d'une fièvre typhoïde particulièrement grave, qui se compliqua de pneumonie double, de pleurésie droite, d'hémorragies intestinales. La guérison survint lentement, après une maladie de plus de trois mois.

OBSERVATION III

(Hocquette. Thèse de Lille, 1906)

Pierre C., treize ans, entre, le 12 octobre 1904, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, pour des accidents appendiculaires, troisième manifestation

depuis trois ans de poussées qui se sont terminées auparavant par la résolution pure et simple.

A son entrée dans le service, l'enfant a, depuis deux jours, un peu de fièvre (38, rectale). A l'examen du ventre, on perçoit, dans le flanc droit, un petit boudin appendiculaire, douloureux à la pression. Il y a un peu de défense. L'enfant a une légère diarrhée. L'état général n'est pas mauvais, le pouls bat à 80, il n'y a pas de vomissements.

Jusqu'au 15 octobre, la situation reste sans changement. Ce jour-là, le ventre est plus sensible, la défense plus accusée, le pouls est à 80, l'enfant est très abattu, et on décide d'intervenir le lendemain.

Anesthésie au chloroforme. Ouverture suivant le procédé de Jalaguier ; le péritoine est injecté mais ne contient pas de liquide. L'appendice adhérent est long et volumineux. On l'enlève et on enfouit le moignon. Suture par plans, sans drainage. Pansement léger : languette de gaze aseptique et taffetas d'Angleterre.

Dans les jours qui suivent l'opération, la fièvre persiste. L'abdomen n'est pas ballonné, il n'y a aucune réaction du côté de la plaie. On donne au bout de trois jours un purgatif léger. Pendant deux jours, la température descend légèrement puis remonte. Le malade vomit, le ventre est ballonné.

Le 23, on trouve la rate volumineuse. Il existe de la diarrhée jaune, on trouve, dans la région lombo-sacrée, quatre taches lenticulaires rosées. Le malade est envoyé en médecine. Auparavant, on enlève les griffes de Michel, la plaie est réunie par première intention, ce qui montre bien que la fièvre est due à une affection autre.

A l'examen de l'enfant dans un service de médecine, le 12 novembre, on remarque qu'il s'agit d'un malade

d'aspect robuste qui n'a pas d'éruption, sauf quelques sudaminas. La cicatrice opératoire est normale ; il y a un peu d'empâtement et de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Langue saburrale à la base, rouge aux bords, humide.

Rien à la gorge.

Foie normal. Rate un peu grosse.

Quelques râles sibilants, cœur normal mais rapide.

Pouls, 138.

Rien à l'examen du système nerveux.

Pas de vomissements. Diarrhée jaune, fétide.

On trouve un peu d'albumine dans les urines et la diazo-réaction y est très positive. L'examen du sang montre 3.127.000 globules rouges, 12.128 globules blancs. Le séro-diagnostic de Widal est positif à 1/35. L'hémoculture est positive pour le bacille d'Eberth.

La situation persiste sans changement jusqu'au 9 novembre, date à laquelle elle commença à s'améliorer. L'amélioration s'accrut peu à peu, et l'enfant quitta l'hôpital, le 23 novembre, complètement guéri.

L'examen anatomo-pathologique de l'appendice a montré une légère infiltration de la musculuse et des lésions très marquées de la muqueuse : infiltration leucocytaire par des cellules identiques à celles que Rindfleisch a signalées dans l'infiltration typhoïdique et qu'il appelait cellules typhiques. Les follicules lymphatiques sont doublés de volume et sont le siège d'une hyperplasie et d'une infiltration leucocytaire énormes.

L'épithélium est desquamé par places. Les cellules sont tuméfiées, leur protoplasma est granuleux et trouble, leurs noyaux mal imprégnés par les colorants. On trouve sur les coupes colorées par le Gram avec recoloration à la fuchsine des bacilles ne prenant pas le Gram ;

mais il est impossible d'affirmer qu'il s'agit du bacille d'Eberth, desensemencements n'ayant pas été pratiqués. Au point de vue histologique, il est également impossible d'affirmer que les lésions appendiculaires sont d'origine typhique : évidemment, l'infiltration leucocytaire énorme, cantonnée au niveau des follicules clos et du reticulum adénoïde de la muqueuse, se distingue nettement des lésions suppuratives et nécrotiques que l'on rencontre dans l'appendicite, mais à côté des formes d'appendicite ulcéreuses, nécrosiques et suppuratives, il en est d'autres catarrhales et dans lesquelles Pilliet et Cortès avaient signalé la folliculite tuméfiante. Siredey comparait même l'énorme tuméfaction des follicules clos et de la trame réticulée de la muqueuse à celle que l'on observe au niveau des plaques de Peyer dans les premiers septénaires de la fièvre typhoïde.

Il n'y a donc pas de différenciation histologique possible, et il nous est impossible de dire si les lésions de l'appendice sont bien des lésions typhiques ou simplement des lésions d'appendicite banale.

OBSERVATION IV

(François. Th. Paris, 1904)

M... Paul, huit ans, vient, le 17 avril, à la consultation de l'hôpital Hérold. Les parents racontent que depuis huit jours environ il est souffrant, ne présente aucun appétit, et le soir est agité, brûlant, fiévreux. Le 14 avril, dans l'après-midi, il est pris subitement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Il est obligé de s'aliter. Les 14, 15 et 16 avril, la constipation est absolue. L'anorexie est telle qu'il ne prend aucun aliment. La fièvre et la douleur

persistent. On pense à une appendicite. Le malade est reçu dans le service de M. Albarran, salle Trélat, n° 2. On constate de la défense musculaire très nette de toute la moitié inférieure de la paroi abdominale. Au même niveau, hyperesthésie de la peau. Point de Mac-Burney très net que l'enfant indique avec le doigt. Facies bon. Teint un peu coloré. Le malade n'est pas abattu et cause facilement. Température, 38.5 ; pouls, 100, bien frappé. On ne juge pas une intervention nécessaire. On prescrit le repos absolu, une vessie de glace sur le ventre, et on n'autorise que l'ingestion de quelques gouttes d'eau bouillie glacée.

18 avril. — Le ventre se défend toujours dans sa moitié sous-ombilicale, mais la douleur semble plus diffuse et s'étend à tout le flanc droit et l'hypogastre. Température, 39°5. Pouls, 120, plus mou, dépressible. M. Albarran juge une intervention immédiate nécessaire. Opération : incision de Roux. Aussitôt, on tombe sur le cæcum rouge, injecté. On trouve très facilement l'appendice, gros, rouge, turgescant. Ligature au catgut. Section au thermocautère. Enfouissement du moignon. Suture de la paroi à trois plans. Durée de l'intervention : vingt minutes.

Le soir : température, 40 degrés. Pouls, 120. L'enfant ne souffre plus de son ventre. Il a le visage animé ; un peu d'agitation. On défait le pansement ; on constate que le ventre est souple dans toute son étendue et qu'il n'est pas douloureux. On refait le pansement sans avoir touché à rien. Rien de particulier à l'auscultation.

19 avril. — Le facies du malade est toujours le même. Il ne souffre de nulle part. Sa langue est sèche. On l'examine avec soin ; on ne trouve rien qui explique l'élévation de la température.

20 avril. — On refait à nouveau le pansement. On constate sur le ventre la présence de *trois taches rosées lenticulaires*. Séro-diagnostic de Widal à 1/25 et à 1/50 négatif. Mais on ne serait qu'au douzième jour de la maladie. La diazo-réaction est négative aussi.

Pas d'albumine.

L'affection continue à évoluer comme une fièvre typhoïde bénigne. La température reste très élevée, en plateau, aux environs de 40 degrés.

25 avril. — Ablation des crins. Réunion parfaite par première intention. Le soir, défervescence qui se continue rapidement. La température touche à la normale en trente-six heures. Convalescence sans incident. Le malade sort du service le 22 mai avec un bandage à pelote.

Examen histologique de l'appendice (M. Alquier). — Lésions limitées à la muqueuse et à la couche folliculaire muqueuse. Glandes respectées. Légère accumulation d'éléments arrondis dans le chorion. Couche folliculeuse : hypertrophie légère des follicules qui forment une couche presque continue et sont bourrés de lymphocytes. Au centre de plusieurs follicules, quelques lésions dégénératives des cellules lymphatiques. Rien dans les tuniques superficielles, pas de lymphangite.

OBSERVATION V

(François. Thèse Paris, 1904)

Madeleine C..., huit ans et demi, arrive, le 14 octobre 1901, à 2 heures de l'après-midi, à l'hôpital Hérold. On n'a d'autres renseignements sur l'affection que le

certificat du médecin ainsi conçu : « Fièvre continue, sensibilité très grande de l'abdomen à droite, symptômes de dothiéntérie ou appendicite possible. Un vomissement hier. »

La malade est dans une prostration complète. Facies terreux, plombé ; les yeux caves, le nez un peu pincé. Température : 40 degrés, pouls à 116, très petit, mou, dépressible, respiration courte, 44.

Le ventre est uniformément ballonné ; un peu de submatité à droite ; pas de défense ; le ventre n'est douloureux qu'en un point situé en dehors et au-dessous du point de Mac-Burney. Injection de sérum de 500 grammes. Le chirurgien de garde appelé juge une intervention immédiate nécessaire. L'opération est exécutée très rapidement à 4 heures.

Un peu de sérosité limpide s'écoule à l'ouverture du péritoine. Appendice long, mince, sectionné au thermocautère. Deux drains sont placés. La nuit est agitée : délire, cauchemars.

Le lendemain, on a par les parents les détails suivants sur le début de l'affection : début le 7 octobre dans la soirée par des frissons, du tremblement.

8 octobre. — Frissons et violent mal de tête

9 octobre. — Apparition d'une violente douleur dans le côté droit du ventre ; coliques intenses. Constipation. Au dispensaire, on ordonne une purgation.

10 octobre. — Deux vomissements, trois selles à la suite de la purgation. Les jours suivants, la douleur persiste. La diarrhée s'établit. Prostration extrême.

Le lendemain, le médecin conseille l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

Suites opératoires très simples. Le ventre reste douloureux jusqu'au 17 octobre, jour où on enlève les drains

pour les remplacer par une mèche de gaze. Le lendemain, on enlève la mèche et on panse à plat.

Pendant ce temps sont apparus tous les signes d'une fièvre typhoïde régulière. Le facies est typhique, l'enfant a du délire.

16 octobre. — Séro-diagnostic de Widal à 1/25 positif, à 1/50 positif. Diazo-réaction positive. Réaction de Jacquemet positive. Pas d'albumine.

A partir du 16 octobre apparaissent des signes de myocardite. L'enfant succombe le 22 octobre, malgré les injections de strychnine et des vessies de glace sur la région précordiale.

Autopsie. — Cavité péritonéale saine. Moignon appendiculaire et ligature intacts. Ulcérations typhiques dans le petit intestin.

Examen histologique de l'appendice. — Aussitôt après l'opération, ensemencement avec le contenu de l'appendice. Il ne pousse que des cultures de staphylocoque doré pur. L'appendice est long de 6 centimètres sur 5 millimètres de diamètre. Parois congestionnées. Au niveau de l'extrémité libre, légère dilatation contenant des débris pulvérulents de matières fécales. La paroi y est épaissie sur deux points très petits qui présentent une teinte noirâtre faisant penser à un début de sphacèle.

A l'examen microscopique, la tunique externe présente simplement une légère congestion ; les glandes, une légère tuméfaction trouble des cellules. La couche folliculaire présente de l'hypertrophie des follicules qui forment une couche à peu près continue. Les cellules lymphatiques des follicules sont des lymphocytes avec quelques petits mononucléaires. Pas d'éosinophiles.

Un certain nombre de ces éléments se colorent mal. Leur protoplasma, finement granuleux, présente une

couche jaunâtre. Cet aspect ressemble à celui que donnerait une nécrose légère.

Au niveau des points noirs, on observe dans les follicules un nombre beaucoup plus considérable de cellules en voie de dégénérescence. Cependant on ne trouve ni sphacèle ni pus véritable.

CHAPITRE III

RELATIONS ENTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET L'APPENDICITE

L'appendicite est plus fréquente au cours de la fièvre typhoïde qu'on ne l'a cru pendant longtemps. En effet, elle peut se fondre dans le tableau clinique et demeurer complètement inaperçue. Il n'est pas rare, lorsqu'on fait des autopsies de typhiques, de trouver de façon fortuite des lésions appendiculaires plus ou moins graves. Malespine, Gouronnec, Guéneau de Mussy, Mauger, etc., en ont publié des cas très nets. Ces auteurs ont trouvé tantôt des ulcérations de l'appendice, tantôt des perforations, et des statistiques montrent bien que ces cas ne sont pas d'une exceptionnelle rareté. Une statistique de Fitz portant sur 260 cas de perforation appendiculaire indique 3 cas où la perforation est d'origine typhique ; Morin, sur 76 cas, trouve 12 cas de perforation typhique. Herché en trouve 8 sur 56 cas. D'autre part, Fitz, considérant les *perforations dans la fièvre typhoïde*, trouve que, sur 165 perforations, 5 siègent à l'appendice, ce qui donne une moyenne de 3 pour 100.

Mlle Olga Hopfenhausen donne un chiffre encore plus élevé. Dans les registres d'autopsie de deux des plus

grands hôpitaux de Saint-Pétersbourg, elle trouve, de 1889 à 1897, 808 autopsies de typhiques. Sur ce nombre, il y a 109 perforations dont 8 siègent sur l'appendice, ce qui donne une proportion de 7.35 pour 100. Dans trois cas il y avait seulement une perforation appendiculaire. Dans cinq autres, il y avait en même temps d'autres perforations intestinales.

Si l'on recherche systématiquement, lorsqu'on fait des autopsies de typhiques, l'état de l'appendice, on trouve qu'il est assez souvent lésé. Habituellement, il présente de la congestion, de l'hyperémie, mais parfois il présente en outre des ulcérations.

Ces recherches sur le cadavre ont été complétées par des examens histologiques faits sur des appendices enlevés chirurgicalement chez des dothiésentériques.

Parfois, on trouve simplement des lésions hyperémiques, comme dans les cas de Gosset, Guinard, Rendu, Lance. D'autres fois, on a trouvé des perforations, comme dans les cas de Bouteau, Silcock, Rolleston, etc. On peut aussi, comme dans un cas de Moizard et un cas de Bull que nous avons reproduit, ne pas trouver de lésions appendiculaires malgré la netteté du tableau clinique. Maurange a publié une observation dans laquelle l'appendice était porteur de lésions anciennes guéries.

Ces statistiques d'autopsies nous donnent une idée assez nette de la fréquence des lésions appendiculaires au cours de la dothiésentérie. Mais elles ne peuvent pas fournir de donnée très précise, puisqu'elles ne portent que sur des cas mortels, donc sur une minorité. Il serait plus intéressant d'établir une statistique sur les données de la clinique. Malheureusement, celle-ci s'y prête mal ; les localisations appendiculaires sont souvent méconnues

et, faute d'une analyse rigoureuse, nombre de cas échappent à l'étude ; en outre, il peut ne pas y avoir de symptomatologie appendiculaire attirant l'attention de ce côté, et le diagnostic, dans ce cas, est souvent impossible.

On observe l'appendicite indifféremment au début, au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, sans qu'il soit possible d'établir si elle a, pour son installation, un moment de choix.

Quels sont les rapports de la dothiéntérie et de l'appendicite ? Ici, la question devient plus troublante, l'examen histologique lui même ne permet pas toujours d'établir une relation entre les lésions que l'on constate et une fièvre typhoïde en évolution. Il existe certainement des cas où dothiéntérie et appendicite sont des maladies distinctes et relèvent de deux processus différents. Mais il est plus habituel de voir l'appendicite être due à des lésions de même nature que celles des plaques de Peyer. N'a-t-on pas dit que l'appendice serait une « plaque de Peyer enroulée » ? A ce point de vue, du reste, il n'existe aucune règle fixe. Mais il semble bien que la fièvre typhoïde soit très souvent une cause déterminante pour la localisation du bacille sur l'appendice.

Certains auteurs ont prétendu que la fièvre typhoïde agit non seulement comme cause déterminante de l'appendicite, mais encore comme cause prédisposante. Les lésions spécifiques de la dothiéntérie laisseraient un terrain tout préparé pour plus tard à subir des infections donnant lieu à des crises d'appendicite banale. Cette manière de voir n'est guère, jusqu'ici, confirmée par les faits. Sirou, dans sa thèse, sur trois cent quatre-vingt-dix cas d'appendicite, ne trouve qu'une seule fois la fièvre typhoïde dans les antécédents. Mlle Hopfenhausen, sur sept cent quarante-trois cas d'appendicite, a trouvé

trente sept fois la fièvre typhoïde dans les antécédents des malades. Mais, dans beaucoup de ces cas, de longues années avaient séparé les deux maladies (de dix à quarante ans), et il semble alors difficile de les rapporter l'une à l'autre.

Coulomb, dans sa thèse, trouve six fois la dothiéntérie dans les antécédents de vingt-deux malades atteints d'appendicite.

Il semble donc bien que la dothiéntérie soit en rapport de cause à effet avec les accidents appendiculaires que l'on constate aux divers stades de son évolution. Mais la preuve absolue de cette hypothèse vraisemblable ne peut pas être fournie dans l'état actuel de nos connaissances.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des appendices enlevés soit au cours d'une opération, soit au cours d'une autopsie, nous apportera quelques lumières au sujet des rapports de la dothiésentérie et de l'appendicite.

Dans sa célèbre communication de 1896 à l'Académie de médecine, Dieulafoy établit l'existence de deux ordres de lésions appendiculaires au cours de la fièvre typhoïde :

1° Dans le cours de la maladie, on peut trouver sur l'appendice toutes les modalités des lésions spécifiques de la dothiésentérie.

2° Pendant la convalescence, les lésions sont dues à des appendicites banales, *paratyphoïdes*, provenant d'infections secondaires que favorise probablement l'état de moindre résistance du tissu lymphoïde.

Les lésions du premier ordre présentent trois stades : l'infiltration, l'ulcération, la perforation.

Au premier stade, l'appendice « a l'aspect d'un boudin gonflé, turgescant, rouge violacé. La paroi est épaisse, la muqueuse mamelonnée, offrant de place en place un léger piqueté hémorragique ». La cavité appendiculaire contient en général du mucus, parfois des matières féca-

les ou du pus. Rendu a trouvé dans un cas un caillot sanguin.

Au deuxième stade, on trouve des *ulcérations* de siège variable : elles prédominent en général au voisinage de l'orifice. Elles sont mamelonnées, couvertes de petits amas sanguinolents. D'abord superficielles, elles peuvent s'étendre en profondeur, intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse, puis atteindre la musculuse jusqu'au péritoine.

Au troisième stade, quand l'ulcération a ainsi progressé vers le péritoine, la *perforation* se produit. Très petite en général, ne dépassant pas parfois les dimensions d'une tête d'épingle, elle siège tout au fond de l'ulcération. Assez régulièrement arrondie, elle est comme taillée à l'emporte-pièce. Elle est tout à fait semblable à celle qui se produit dans l'intestin au niveau des plaques de Peyer.

L'examen histologique montre dans les deux premiers stades une sous-séreuse et une musculuse congestionnées. Du côté de la muqueuse, il y a une infiltration leucocytaire considérable. Les follicules sont hypertrophiés et forment une couche à peu près continue ; ils sont bourrés de lymphocytes. L'aspect du protoplasma cellulaire est semblable à celui d'une nécrose légère : beaucoup de cellules ont un protoplasma granuleux et sont en voie de dégénérescence.

L'épithélium est desquamé (Carrière) ; les cellules sont tuméfiées, le protoplasma est granuleux, les noyaux se colorent mal.

Au deuxième stade, on voit se former de petits abcès folliculaires qui s'ouvrent dans la cavité de l'appendice et détruisent un ou plusieurs follicules.

La perforation se produit par thromboses vasculaires et destruction des couches sous-jacentes.

Mlle Hopfenhausen pense que l'appendice est presque toujours lésé dans la dothiènéntérie, mais qu'il s'agit de lésions inflammatoires banales, en général peu prononcées ; les lésions spécifiques seraient rares.

On peut se demander si on peut trouver, dans le cours de la fièvre typhoïde, de véritables appendicites d'origine non typhique, comme on en trouve au cours de la convalescence. La question est controversée, mais il semble cependant que le fait existe, car on peut trouver, au cours de la dothiènéntérie, des péritonites enkystées péricæcales ; lorsqu'on ouvre ces abcès, on trouve des lésions analogues à celles de la banale appendicite aiguë : appendice gangrené, détruit en partie ou en totalité.

Il est d'ailleurs certain que l'on peut observer, au cours de la dothiènéntérie, des crises appendiculaires qui sont des rechutes d'une appendicite ancienne non typhique.

Nous n'insisterons pas sur ce que Dieulafoy a appelé appendicites paratyphoïdes, qui apparaissent pendant la convalescence de la dothiènéntérie, évoluent comme une appendicite banale et sont dues à ce qu'une lésion typhique a créé au niveau du canal appendiculaire une « cavité close ».

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Lorsque, comme dans l'observation inédite que nous rapportons, les phénomènes appendiculaires apparaissent tout au début de la fièvre typhoïde, les signes cliniques sont ceux d'une appendicite et les symptômes de la fièvre typhoïde peuvent passer inaperçus. Il suffit de feuilleter les observations publiées pour se rendre compte que jamais ou presque jamais le diagnostic n'est fait d'emblée. Dans notre cas, il fut fait précocement, puisque, dès le second jour du séjour du malade à l'hôpital, il fut porté. Mais il est très rare qu'il en soit ainsi. Cependant, pour difficile qu'il soit, le diagnostic n'est pas impossible à faire, mais il faut se livrer à une analyse minutieuse des symptômes qui n'est pas toujours possible lorsqu'on a affaire à des malades gravement atteints chez lesquels parfois — plus rarement aujourd'hui où l'on redoute davantage d'opérer des appendicites à chaud — une intervention d'urgence s'impose.

Ce qu'il faut rechercher, ce sont les symptômes qui n'entrent pas dans le tableau habituel de l'appendicite. Au premier examen, le malade est considéré comme un appendiculaire ; mais à un examen plus approfondi, on

note certains signes que l'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans l'appendicite. L'interrogatoire du malade apprend parfois qu'il a présenté pendant plusieurs jours des prodromes : malaise, inappétence, céphalée, et que le début brusque de l'appendicite ne s'est pas produit au cours d'une santé parfaite. C'était le cas de notre malade. Mais cependant, ces prodromes peuvent parfois manquer, et le début est alors celui d'une véritable appendicite, survenant brutalement en pleine santé.

Le malade éprouve une douleur violente dans la fosse iliaque droite, parfois très localisée au point de Mac-Burney, parfois diffuse dans tout le flanc droit, il y a de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée, le tableau appendiculaire semble net. Cependant, on est frappé par certains signes tels que céphalée violente, épistaxis, troubles nerveux, qui ne sont guère du domaine de l'appendicite. La fièvre est élevée et continue. Le plus souvent, le malade vomit et il est constipé.

A ce moment, seul un chirurgien très averti peut faire quelques réserves au sujet de l'existence d'une dothiérien-térie associée. Mais, au bout de deux ou trois jours, le tableau peut changer : la douleur diminue ou se diffuse à tout l'abdomen, les vomissements s'arrêtent, la constipation est remplacée par de la diarrhée, le malade devient prostré et son facies prend l'aspect caractéristique du typhique. Puis les taches rosées apparaissent et, à ce moment, le diagnostic s'impose. Mais on voit qu'il ne devient guère facile avant le huitième ou le dixième jour.

Pour le faire plus tôt, il faut étudier minutieusement tout l'ensemble du tableau clinique, d'autant qu'à ce moment les procédés de laboratoire, sauf l'hémoculture que l'on ne peut pas réaliser partout, ne sont d'aucun secours. Il faut se rappeler aussi que ces formes de

dothiésentérie s'observent surtout chez des enfants ou chez de jeunes sujets. Notre malade avait dix-sept ans.

Il est important de faire le diagnostic aussitôt que possible, car, si l'on méconnaît l'existence d'une dothiésentérie, on peut être conduit à une intervention dont les risques sont extrêmement graves. Nous avons reproduit les observations de plusieurs cas opérés d'emblée. Peu ont guéri. Mais, nous le répétons, ce diagnostic est singulièrement difficile, soit que les accidents appendiculaires se soient produits au début de la dothiésentérie, soit qu'ils soient apparus au cours d'une fièvre typhoïde méconnue (*typhus ambulatorius*), ainsi que Guinard en a rapporté un exemple très net.

J. Bernard a insisté sur un signe qui existerait de façon précoce chez les enfants atteints de fièvre typhoïde : en palpant soigneusement la fosse iliaque droite du patient, on pourrait sentir deux ou trois tuméfactions dont le volume varie des dimensions d'une noisette à celles d'un œuf de pigeon, et disposées sur une ligne droite parallèle à l'axe du corps. Ces tuméfactions apparaîtraient à la fin du premier septenaire et disparaîtraient au bout de deux ou trois jours. Elles seraient constituées par des follicules hypertrophiés, ou peut-être par des ganglions mésentériques. Nous n'attachons pas une grande valeur à ce signe, dont nous parlons seulement pour bien montrer comme l'analyse clinique doit souvent être subtile.

Lorsque l'attention a été attirée sur quelques signes anormaux et que l'on pense à l'existence possible d'une dothiésentérie associée à l'appendicite, on peut s'aider de quelques recherches de laboratoire. Le séro-diagnostic de Widal n'est d'aucun secours dans les premiers jours de la maladie et c'est à ce moment qu'il importe de

faire le diagnostic. La recherche du bacille dans les selles est longue, difficile et incertaine ; la diazo-réaction et les autres procédés analogues n'ont rien de spécifique. Mais l'hémoculture donnera une certitude précoce. Malheureusement, elle ne peut pas être pratiquée partout et souvent on sera obligé d'attendre l'apparition des taches rosées.

L'hémoculture est, en effet, le seul procédé qui nous permette de faire précocement et sûrement le diagnostic de fièvre typhoïde. Dans les cas à début appendiculaire, il peut rendre de très précieux services.

D'un diagnostic plus facile sont les cas où les phénomènes appendiculaires se produisent au cours d'une dothiéntérie confirmée. Ils revêtent, en général, l'aspect soit d'une *péritonite enkystée*, soit d'une *péritonite généralisée par perforation*.

Dans le premier cas, on observe, du dixième au vingtième jour d'une fièvre typhoïde, l'apparition brusque d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie de vomissements. La température remonte, la diarrhée est remplacée par de la constipation, le facies se grippe. L'abdomen est tendu, il y a une résistance très marquée dans la fosse iliaque droite dont le palper est, d'ailleurs, presque impossible à cause de la douleur provoquée. Lorsqu'on opère alors, on trouve un appendice gros, congestionné, présentant des ulcérations plus ou moins étendues (Boverly Mac-Monagle). Si l'on n'intervient pas, plusieurs modes de terminaison peuvent s'observer : souvent, les phénomènes aigus s'amendent en quelques jours, mais la fosse iliaque reste douloureuse et une collection péricæcale se forme, que l'on peut opérer à froid, une fois le malade guéri. On a signalé des cas où la résolution complète s'est faite spontanément,

Mais ce sont des cas tout à fait exceptionnels, et il vaut mieux ne pas compter sur cette issue heureuse mais problématique. L'abcès peut aussi s'ouvrir de lui-même dans l'intestin, — solution relativement favorable, — ou à la paroi, ce qui est excessivement dangereux. Des péritonites très graves en sont souvent la conséquence.

La *perforation* d'origine appendiculaire au cours de la fièvre typhoïde peut se produire soit *d'emblée*, ce qui est très rare, soit après *quelques jours* d'accidents appendiculaires aigus, soit même *tardivement*, alors que tout paraît rentré dans l'ordre. Ce dernier cas est celui de notre malade.

Vers le vingtième jour d'une fièvre typhoïde, subitement, le malade se plaint d'une douleur vive dans le ventre et présente un frisson violent. En même temps, des vomissements apparaissent, la température tombe, les traits se tirent et se creusent, le facies se grippe. Le pouls cède rapidement et se met à filer. Au bout de quelques heures, la température qui avait cédé remonte. Le ventre est très ballonné, horriblement douloureux. La constipation est complète. Tout le tableau de la péritonite suraiguë s'installe et le malade meurt rapidement. Le diagnostic de perforation intestinale s'impose, mais on ne fait pas toujours celui de la localisation appendiculaire de la perforation. On ne peut guère le faire d'ailleurs qu'à l'aide des commémoratifs : si le malade a déjà présenté des phénomènes appendiculaires au cours de sa dothiéntérie, on peut songer à incriminer l'appendice. C'est le cas de notre malade qui avait fait des phénomènes appendiculaires très marqués au début de sa maladie, phénomènes qui s'étaient complètement amendés par la suite. Il est mort de péritonite suraiguë par perforation, et la notion de l'existence de

lésions appendiculaires, joint au fait que la douleur initiale de la perforation a siégé dans la fosse iliaque droite, permet de penser que c'est l'appendice qui s'est rompu. La confirmation nécropsique nous a malheureusement manqué, la famille du malade s'étant formellement refusée à l'autopsie.

Il y aurait lieu, pour compléter cette étude clinique, de dire un mot de l'appendicite paratyphoïde de Dieulafoy. Mais il s'agit là, somme toute, d'une appendicite banale dont la seule caractéristique est qu'elle éclate au cours de la convalescence d'une dothiènéntérie. Nous ne voulons pas refaire, après tant d'autres, l'étude symptomatique de l'appendicite, pas plus que celle de la fièvre typhoïde. Nous avons seulement voulu montrer dans ce chapitre de clinique comment appendicite et dothiènéntérie se mêlent, s'associent, retentissent l'une sur l'autre et modifient réciproquement leur symptomatologie habituelle.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

En faisant l'étude clinique de l'appendicite dans la fièvre typhoïde, nous avons souligné les difficultés de diagnostic qu'elle offre. Nous voudrions maintenant insister sur quelques points de symptomatologie qui peuvent aider à poser un diagnostic exact. Ce sont d'abord — lorsqu'ils existent — les signes du début de la fièvre typhoïde : céphalée, épistaxis, insomnie, délire. Ce sont ensuite certains symptômes abdominaux : la *douleur* dans la fosse iliaque droite s'observe dans la fièvre typhoïde, même non compliquée d'appendicite, mais elle est peu *intense*, *lancinante* et *diffuse*, tandis que la douleur de l'appendicite est *ponctive*, *limitée au point de Mac-Burney*. En outre, dans la dothiéntérie, il n'y a pas de défense musculaire ; les vomissements sont plus rares, mais ils peuvent se rencontrer toutefois.

Tous ces signes sont peu précis et assez inconstants, aussi pouvons-nous dire, ainsi que nous l'avancions déjà tout à l'heure, que le seul moyen sûr de faire rapidement le diagnostic est l'hémoculture. Elle seule permettra, en face d'un tableau appendiculaire, d'affirmer

l'existence d'une dothiéntérie associée. Mais il faut, pour songer à la faire, qu'une analyse minutieuse des signes cliniques ait révélé les anomalies de la symptomatologie appendiculaire.

Au point de vue du pronostic, il est de toute évidence que l'existence d'une appendicite aggrave singulièrement celui de la fièvre typhoïde ; de même, l'existence d'une dothiéntérie assombrit beaucoup celui de l'appendicite. Les risques de péritonite et de perforation sont multipliés et la mortalité de ces cas, même opérés, est élevée.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La question de l'opération dans ces cas-là a été et reste encore très discutée. Tout d'abord, il est certain qu'il faut, au point de vue du diagnostic, s'entourer de toutes les garanties. Si l'on méconnaît la dothiéntérie, — ce qui est l'erreur la plus fréquente, — on se comportera comme en face d'une appendicite banale. Or, autant autrefois on opérait volontiers les appendicites à chaud, autant les chirurgiens aujourd'hui hésitent devant une semblable intervention. Aussi, cette question du diagnostic précoce a-t-elle moins d'importance aujourd'hui. Il y a quelques années, on considérait d'une façon générale que toute appendicite diagnostiquée devait être opérée. Les hésitations devenaient grandes lorsque l'existence d'une fièvre typhoïde associée était reconnue. Fallait-il ou ne fallait-il pas opérer ? Actuellement, la question est plus simple. Il est probable que l'existence d'une dothiéntérie n'aggrave pas beaucoup le pronostic de l'intervention, mais celle-ci, pratiquée à chaud, est grave par elle-même.

D'autre part, on peut se demander si l'existence d'une dothiéntérie associée à l'appendicite n'aggrave pas assez

le pronostic de celle-ci pour qu'il soit préférable de courir le risque d'une opération dès que les symptômes appendiculaires éclatent. Notre cas viendrait peut-être à l'appui de cette hypothèse, puisque nous avons eu une issue malheureuse chez un malade jeune et robuste. Mais ce n'est pas là un raisonnement de bien grande valeur, et il est difficile de fixer une ligne de conduite.

Dans l'état actuel de nos connaissances et de nos opinions, il faut se laisser guider par l'impression clinique, et, en l'absence de règle générale, tâcher d'apprécier aussi exactement que possible les indications et les contre-indications de chaque cas. L'état général, le plus ou moins d'intensité des signes appendiculaires, la forme plus ou moins grave de la dothiéntérie, l'énergie du myocarde, sont autant d'éléments d'appréciation importants. C'est à l'occasion de cas de ce genre que l'on peut dire plus que jamais qu'il n'y a pas une maladie mais des malades.

En dehors de cette question d'intervention, nous n'insisterons pas du tout sur le traitement de la complication appendiculaire et de la dothiéntérie ; l'un et l'autre sont classiques et tout a été dit à ce sujet. Si l'on n'intervient pas, on en reste aux médications usuelles, dont l'efficacité est d'ailleurs depuis longtemps démontrée, et qui suffiront dans la plupart des cas.

CONCLUSIONS

I. L'appendicite peut se rencontrer assez fréquemment au cours de la dothiéntérie. On l'observe soit au début de la maladie, et elle masque alors très souvent la symptomatologie de la fièvre typhoïde, soit au cours de l'évolution de celle-ci, soit enfin au cours de la convalescence.

II. L'appendice présente soit des lésions d'infiltration, soit de véritables ulcérations, soit même des perforations. Ces lésions sont le plus souvent d'origine typhique, mais peuvent être dues aux causes habituelles de l'appendicite.

III. La symptomatologie comprend d'une part des signes appendiculaires, d'autre part des signes de fièvre typhoïde. Mais le tableau appendiculaire est souvent si bruyant qu'il faut étudier minutieusement tous les signes pour penser à l'association d'une dothiéntérie que seuls les procédés de laboratoire (hémoculture) permettront d'affirmer dans les premiers jours.

IV. Les symptômes appendiculaires peuvent revêtir

tous les aspects, depuis la simple colique appendiculaire jusqu'à la péritonite par perforation. Ils aggravent considérablement les risques que fait courir au malade la dothiéntérie, et l'association de ces deux maladies est beaucoup plus redoutable que chacune d'elles.

V. La question de l'intervention est assez délicate et on ne peut pas fixer de règle absolue à ce point de vue. C'est affaire d'appréciation dans chaque cas particulier. En principe, il est préférable d'attendre pour opérer à froid. Mais cette règle souffre certainement des exceptions.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDROFF. — Journ. de clin. et de thérap. infantiles, 1894, n° 44.

ALQUIER. — *In* thèse François. Paris, 1904.

ARMSTRONG. — Montreal med. journ., 1897.

BARBE. — Thèse de Paris, 1895.

BAYET. — Thèse de Paris, 1901.

BERNARD. — Sem. méd., 1903.

BOVERLY MAC-MONAGLE. — Journ. of Amer. med. Assoc. (California Acad. of med.)

BOUTECOU. — Journ. of the Amer. Assoc., 1888.

BRÔCA. — Journal des Praticiens, 1904.

BULL. — Practitioner-Society. *In* med. Record, 1901.

CAZIN. — Sem. méd., 1902-1903.

— XV^e congrès de chirurgie, 1902.

CHOMÉL. — *In* thèse Gouronnec. Paris, 1884.

COULOMB. — Thèse de Paris, 1899.

DIEULAFOY. — Bull. Acad. de méd., 27 oct 1896.

— Cliniques, 1896-1897.

DUCASSE. — Thèse de Paris, 1883.

FAISANS. — Soc. méd. hôp., 24 mars 1889.

FIRMEY. — John Hopkin's Hosp. Bull., may 1897.

FRANÇOIS. — Thèse de Paris, 1904.

- GOURONNEC. — Thèse de Paris, 1881.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Clin. méd., t. III.
- GUINARD. — *In* thèse Coulomb. Paris, 1899.
- HOPFENHAUSEN (Olga). — Rev. méd. de la Suisse romande,
2 fév. 1899.
- HÜTINEL. — Thèse d'agrégation, 1883.
- JACOB. — Thèse de Paris, 1893.
- JÀLAGUIER. — Traité de chir., t. VI.
- JOSIAS. — Bull. acad. de méd., Paris, 1904.
— Pédiatrie pratique, Lille, 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Soc. anat., nov. 1900.
— Soc. méd. hôp., 19 avril 1901.
- LANNELONGUE et GAILLARD. — Sem. méd., 19 juin 1890.
- LANNOIS. — Rev. de méd., 1895.
- LEUDET. — Arch. gén. méd., 1859.
— Cliniques, 1871.
- LOEPER. — Soc. anat., janvier 1900, mai 1901.
- MALESPINE. — Arch. gén. de méd., 1841.
- MASBRENIER. — Thèse de Paris, 1900.
- MAUGER. — Thèse de Paris, 1900.
- MAURANGE. — Gaz. hebd. méd. et chir., 1899.
- MOIZARD. — Journ. de méd. et de chir. pratiques, 1899.
- MONOD et VANVERTS. — Rev. de chir., mars 1897.
- MURCHISON. — Des fièvres continues de la Grande-Bretagne.
- PICCHI. — Sperimentale, LV, I.
- PIERACCINI. — Sperimentale, LV, I.
- RENDU. — Sem. méd., 6 fév. 1901.
- RIVIER. — Thèse de Paris, 1898.
- ROLLESTON. — Clinical Society's Transactions, vol. XXXI.
- SICARD. — Presse méd., 16 oct. 1901.
- SIMONIN. — Soc. méd. des hôp., 27 déc. 1901.
- SIROU. — Thèse de Paris, 1898.
- TALAMON. — *In* thèse Bayet, Paris 1901.

TUFFIER. — Sem. méd., 26 juin 1901.

— XVII^e congrès de chirurgie, Paris, 1904.

TRIPPIER et PAIROT. — Sem. méd., 8 mars 1899.

WEISS. — Amer. med. Assoc., Med. Record, 23 juin 1900.

WIDAL — Soc. méd. Hop., 12 avril 1901.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 31 janvier 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 31 janvier 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

